UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945. — N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX RÉCENTS CHEZ LES VIEILLARDS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Février 1945

PAR

André-Alexandre-Joseph PÉLISSIER

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine
Diplômé de Médecine coloniale

Né à TOULON (Var), le 29 octobre 1920

Examinateurs de la Thèse

MM. DUPERIE, professeur ..... *Président.*
BONNIN, professeur .....
MAGENDIE, agrégé ..... *Juges.*
DUBARRY, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1945

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945. — N° 52

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX RÉCENTS

CHEZ LES VIEILLARDS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Février 1945

PAR

André-Alexandre-Joseph PÉLISSIER

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine
Diplômé de Médecine coloniale

Né à TOULON (Var), le 29 octobre 1920

Examinateurs de la Thèse

MM. DUPERIE, professeur ..... *Président.*
BONNIN, professeur .....
MAGENDIE, agrégé ..... *Juges.*
DUBARRY, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1945

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	N.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	N.
Clinique chirurg. et gynécol.	JEANNENEY.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique méd. et pharmaceutique.	N.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Hygiène	LEURET.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Chimie	CHELLE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	N.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Pharmacie	VITTE	Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Physiologie	FABRE.	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.

PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	POUYANNE.
Physiologie	FRANCK.	Obstétrique	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	N.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id.	N.	Physique médicale	N...
id.	SARIC.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	N.	Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL.
id.	MAGENDIE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Accouchements	MAHON.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Cryptogamie	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	N...	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique	TAYEAU
Anatomie	J. BEAUVIEUX	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE ET A MA MERE

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MES MAITRES CIVILS ET MILITAIRES

A Monsieur le Professeur agrégé J. DUBARRY

Médecin des Hôpitaux.

Qui nous a inspiré ce travail, nous en a fourni toutes les observations et nous a guidé de ses conseils.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé MAGENDIE

Chirurgien des Hôpitaux,

A Monsieur le Professeur H. BONNIN

Professeur de Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin général de 2e classe JEANNIOT

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine,
Médecin des Hôpitaux de Marine,
Officier de la Légion d'honneur.

A Monsieur le Médecin en chef de 1re classe CANTON

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine,
Chirurgien des Hôpitaux de Marine,
Officier de la Légion d'honneur,

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur DUPÉRIÉ

Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX RÉCENTS

CHEZ LES VIEILLARDS

INTRODUCTION

L'ulcère gastro-duodénal est une maladie qui peut atteindre le vieillard. Nous précisons bien, tout d'abord, que nous ne voulons pas parler ici des ulcères ayant débuté à une époque quelconque de la vie et continuant leur évolution au cours de la vieillesse. Ce sont des « ulcères vieux chez des vieux », selon l'expression de Mercadier. Avec lui, nous leur opposons les ulcères jeunes chez les vieux, dont les premiers symptômes apparaissent à un âge avancé. Nous avons fixé cet âge, assez arbitrairement d'ailleurs, à 60 ans.

Notre but est de préciser cette notion que beaucoup de syndromes douloureux gastriques apparus après la soixantaine peuvent être considérés comme provoqués par des ulcères authentiques et non par des cancers, qu'ils sont justiciables d'un traitement médical et que ce traitement donne des périodes de latence dépassant trois et quatre ans.

Nous en avons observé un nombre assez grand de cas avec M. le Professeur agrégé J. Dubarry, à qui nous devons presque toutes nos observations, et, chose remarquable, ils sont presque tous postérieurs à l'année 1940. Et nous sommes frappés par ce fait que les ulcères chez les vieillards, tout comme d'ailleurs les ulcères chez les sujets jeunes, ou même chez les enfants (1), sont beaucoup plus fréquents depuis la guerre. Faut-il y voir un effet de la sous-alimentation au cours de cette période, d'un régime particulièrement carencé en protéines animales et en lipides plutôt qu'en vitamines, ou une conséquence des soucis, des émotions, d'un déséquilibre neuro-végétatif ou psychique favorisé par les conditions de vie actuelle ? Nous n'avons pas d'opinion personnelle sur cette question, qui d'ailleurs a fait l'objet de diverses communications, notamment à l'Académie de chirurgie (25 novembre 1942), à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres (7 avril 1943), à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (9 novembre 1944).

Il nous a paru intéressant de consacrer notre thèse inaugurale à ce sujet, non seulement pour insister sur l'existence assez fréquente des ulcères récents chez les vieillards (alors qu'autrefois on les considérait comme extrêmement rares), mais encore parce que nous avons voulu nous rendre compte si ces ulcères des vieillards ne présentaient pas une symptomatologie, une évolution, un pronostic, un peu spéciaux.

---

(1) Cf. thèse de Rumeau, *Ulcères duodénaux et bulbites pseudo-ulcéreuses dans la deuxième enfance* (Bordeaux, 1944), inspirée par J. Dubarry.

HISTORIQUE

Depuis Brinton (1870), qui pensait que les possibilités d'ulcères augmentaient graduellement avec les années et atteignaient leur maximum vers 90 ans, la question de l'âge des ulcères a été très controversée.

L'expression « ulcères jeunes chez les vieux » est employée pour la première fois par Parmentier dans la thèse de Pathault (1907). L'étude de ces ulcères est reprise dans les observations publiées par Rispal et Timbal en 1913 et par Mathieu en 1914. Mais la conception de l'ulcère, à cette époque, est imprécise. La date de début n'est pas bien déterminée. On ne trouve pas chez ces auteurs la notion si importante (depuis Gutmann) de maladies à « poussées évolutives », avec longues périodes d'accalmie, de « pseudo-guérison » intercalaires. Ils attachent une grande importance aux vomissements, aux hématémèses, au chimisme gastrique, pour le diagnostic de l'affection, notions qui nous paraissent actuellement insuffisantes, la radiologie constituant au contraire avec la clinique un élément essentiel du diagnostic. L'étude histologique des pièces opératoires n'est pas faite, et les guérisons ne sont pas suivies; la question du diagnostic différentiel de ces ulcères avec les cancers ulcériformes de Gutmann peut donc se poser.

Gutmann, en 1934, dans son traité *Les syndromes douloureux de la région épigastrique* (2e éd.), considérait encore l'ulcère récent chez le vieillard comme une affection très rare. Mais A. Cain et Facquet, à la même époque, ont observé plusieurs cas d'ulcères apparaissant après la soixantaine. « Nous espérons, disent-ils, faire ressortir cette notion que l'ulcère du vieillard n'est pas une constatation exceptionnelle. »

En 1936, P. Chêne étudie, dans la très intéressante thèse de Mercadier (Paris), 4 cas d'ulcères duodénaux et 6 cas d'ulcères gastriques apparus après 55 ans, vérifiés par l'examen histologique ou par trois ans d'évolution sans aggravation.
Nguyen Dinh Hoang publie, en 1938, une observation d'ulcère gastrique tardif tout à fait typique chez une femme de 77 ans.

Enfin Gutmann, dans l'édition de 1940 de son traité, déclare : « Il n'est pas exceptionnel que l'ulcère gastrique se manifeste pour la première fois vers 50 ou vers 60 ans, et nous en avons vu commencer bien souvent plus tard. »

ETUDE CLINIQUE

Nos observations personnelles.

Mercadier, très sévère dans la critique de ses observations, retient exclusivement celles qui apportent une preuve absolue : soit un examen histologique ne révélant aucun signe de dégénérescence, soit une évolution de plus de trois ans sans aggravation.

Nous inspirant notamment de Gutmann, nous rappellerons brièvement quelques traits caractéristiques de l'ulcus, en insistant sur ceux qui permettent, dans une certaine mesure, de différencier l'ulcère simple, le cancer ulcériforme et l'ulcère cancérisé. C'est en nous basant sur ces notions que nous avons porté le diagnostic d'ulcère simple dans les divers cas qui font l'objet de notre thèse.

L'ulcère se manifeste par des périodes douloureuses d'une semaine à deux mois, à début et à terminaison nets et brusques, caractérisés par des crises quotidiennes de douleurs postprandiales tardives ou quelquefois semi-tardives. Ces périodes sont séparées par de longues accalmies de plusieurs mois. La douleur ulcéreuse est sensible au traitement. Mais une prolongation indéfinie de la durée des périodes douloureuses, un changement dans leur aspect au cours de l'évolution de la maladie, une disparition des accalmies, la résistance au traitement, doivent faire suspecter le cancer. L'importance diagnostique de l'examen radiologique est primordiale. D'une part, les ulcères duodénaux ne se cancérisent jamais. D'autre part, l'ulcère du vieillard est presque toujours gastrique et siège sur la petite courbure. Et, dans ces ulcères de la petite courbure, les niches de la portion ver-

ticale ont peu de tendance à la dégénérescence, contrairement aux niches de la portion horizontale, qui se cancérisent d'autant plus fréquemment qu'elles sont plus proches du pylore (Gutmann).

Cet ulcère jeune du vieillard se présente souvent sous une forme calleuse d'emblée, avec une niche géante. Cependant, les niches ulcéreuses régressent d'une façon quelquefois étonnante sous l'action du traitement. La niche cancéreuse ne régresse jamais, elle progresse au contraire malgré le traitement (1). C'est là la différence capitale entre l'ulcère simple et le cancer ulcériforme.

« Le polymorphisme, les variations, l'intermittence des signes radiologiques, ne doivent pas empêcher de faire un diagnostic précis. Il y a des signes secondaires, tels que l'hyperkinésie gastrique, la rétraction de la petite courbure, qui sont très sûrs. » (Jacquelin et Chêne.)

« Le vomissement n'est pas plus que l'hémorragie un signe d'ulcère. » (Gutmann.) Ce ne sont là que des complications plus ou moins fréquentes.

L'hyperchlorhydrie serait présente dans 55 p. 100 seulement des ulcères gastriques et dans 82 p. 100 des ulcères duodénaux.

*
* *

La thèse de Mercadier comporte 17 observations d'ulcères récents après 55 ans. Les six premières, tirées de la thèse de Pathault, des publications de Matthieu et de Rispal, sont très anciennes. Elles ne comportent pas ces détails sémiologiques auxquels nous attachons actuellement de l'importance pour préciser le diagnostic de l'ulcus. La septième observation tirée d'une publication de Gutmann et les dix dernières, toutes recueillies par Mercadier, sont résumées dans le tableau ci-dessous. Nous les étudierons du point de vue cli-

(1) Sauf très rares exceptions : observation de Bergeret, Hillemand et Cherigie, *Cancer ulcériforme de la face postérieure de l'estomac. Diminution de la niche sous l'action du traitement.*

	AGE	SEXE	DOULEURS	RADIO	E. G.	FORMES	ASSOCIATION	TRAITEMENT
D.	74	F	Sem. tard. 1 période	U. P. C. 1/2 sup. Sténose m. g.	+	Vomis. Hémat. Hyperchl.	Hernie étranglée Constip.	Gastrect. Ex. histol.
For.	75	F	Tard. 1 période	U. P. C.	Amaigr.	Vomis. Chl. nor.	0	Gastrect. Ex. histol.
Dar.	57	H	Sem.-tard. 2 périodes	U. P. C. 1/2 sup.	+	0	0	Gastrect. Ex. histol.
Del.	57	H	Sem.-tard. 3 pér. cour.	U. P. P. calleux	+	0	0	Gastrect. Ex. histol.
Mil.	61	F	Sem.-tard. pér. aug.	U. P. P.	+	Hypochl. forte	Constip.	Gastrect. Ex. histol.
Duc.	61	F	Tard.	U. P. C. 1/2 sup. Sténose m. g.	Amaigr.	Vomis. Hypochl. légère	Constip. T. A. : 10 — 6	Gastrect. Ex. histol.
Lef.	60	H	Tard. 1 période	U. D. Est. hyperkin.	+	0	T. A. : 20 — 7 0	Médical Amélioration
Gou.	53	F	Tard.	U. D.	+	Melæna	0	Gastrect.
Fou.	70	H	Tard. 2 périodes	U. D.	Alarm. Amaigr.	Melæna Hémat. répétées	0	Gast. ent. Urgence
Lau.	70	H	Tard.	U. D. Sténose	Amaigr.	Vomis.	Cholécystite Adhén. ép. jl.	Gast. ent. Médical
X.	70	F	Tard. 3 périodes	U. P. C. Biloculation				Gastrect. Ex. histol.

nique comparativement aux nôtres. Sur ces onze ulcères, dix ont été opérés et les pièces opératoires ont été examinées histologiquement. Le cas non opéré était un ulcère duodénal. La preuve de l'authenticité de ces ulcères a donc été faite de façon absolue.

Cet absolutisme paraît d'ailleurs introduire une certaine cause d'erreur dans les conclusions. Il n'existe, pour Mercadier, qu'un petit nombre de cas authentiques d'ulcères jeunes chez les vieillards, et l'adage serait donc vrai que « tout trouble gastrique commençant à un âge avancé a grande chance d'être néoplasique ». Le but de notre thèse est au contraire de mettre l'accent sur cette constatation personnelle que, du fait de l'accroissement de la fréquence des ulcères depuis la guerre, le nombre des ulcères jeunes chez les vieillards est presque égal à celui des cancers diagnostiqués après 60 ans. En effet, nous trouvons dans les dossiers personnels de M. le Professeur agrégé Dubarry 26 cas de cancers gastriques contre 23 cas d'ulcères, diagnostiqués également après la soixantaine pendant la même période. Nous pouvons donc dire : Tout trouble gastrique commençant à un âge avancé ne commande pas forcément une gastrectomie, que d'ailleurs cet âge rend plus grave. On peut bien souvent reconnaître cliniquement et radiologiquement la bénignité de la lésion, et le traitement médical a sur elle les plus heureux effets, comme nous l'a prouvé l'étude de nos observations.

Les 30 observations que nous présentons proviennent, soit du service du Professeur R. Dupérié, soit de la consultation de gastro-entérologie rattachée à ce service et dirigée par le Professeur agrégé J. Dubarry, soit de la clientèle privée de ce dernier.

Elles ont toujours été prises par le même observateur. L'interrogatoire, l'examen clinique et radiologique ont été conduits dans le même esprit, le diagnostic a toujours été établi avec prudence, confirmé par l'évolution pendant un certain laps de temps et par l'efficacité du traitement anti-ulcéreux. L'amélioration radiologique, signe de première valeur, a été

vérifiée le plus souvent. Elle manque pour quelques cas, où nous n'apportons, comme preuve de leur authenticité, qu'une évolution favorable assez longue.

S'il est reconnu qu'il existe des lésions malignes, dont les troubles à forme typiquement ulcéreuse peuvent présenter une amélioration assez durable, il faut admettre toutefois que cette éventualité est très rare. Il serait donc bien surprenant que ces cas, pour lesquels nous n'avons pas un contrôle radiologique ultérieur, soient justement tous des cancers ulcériformes ayant régressé à la suite d'un traitement anti-ulcéreux.

La preuve n'est donc plus à faire qu'il existe d'authentiques ulcères récents dans la vieillesse, et nous nous proposons simplement de voir, d'après un assez grand nombre de cas, si ces ulcères ont une sémiologie particulière. Nous avons d'ailleurs dû éliminer un certain nombre d'observations. Elles se rapportaient probablement à de vrais ulcères, mais les malades n'ont pas pu être observés de façon suffisamment prolongée pour que nous soyons, d'après l'évolution, certain du diagnostic.

Nous rappelons que nous avons fixé strictement la limite inférieure de l'âge de début de nos ulcères à 60 ans. Mercadier l'a fixée à 55 ans. Cela n'a d'autre importance que de restreindre, de façon assez notable malgré tout, l'étendue de nos recherches.

Enfin, nous avons groupé dans la mesure du possible nos observations suivant leurs particularités : aspect clinique, forme radiologique, évolution, localisation.

ULCÈRE A FORME CALLEUSE D'EMBLÉE

Les 6 premières observations se rapportent à de très gros ulcères d'évolution tout à fait récente. On ne retrouve pas, dans les antécédents, le moindre symptôme gastrique. La niche ulcéreuse semble avoir atteint d'emblée, en quelques semaines, des dimensions très importantes, et, dans 2 cas, géantes, c'est-à-dire dépassant 30 mm. de base. Le traite-

ment médical approprié amène en peu de temps une grosse amélioration, avec une disparition complète ou presque complète de la niche. Ils nous paraissent constituer des exemples intéressants d'une forme particulière et assez fréquente de l'ulcère tardif.

Observation I.

(Déjà utilisée dans la thèse de Mlle Menier.)

Mme Lac..., 73 ans. Hospitalisée dans le service de M. le Professeur Dupérié, en janvier 1942, pour des troubles digestifs continus depuis six ans : crises douloureuses épigastriques quotidiennes survenant deux heures après le repas de midi, disparaissant spontanément en un heure. Mais, depuis trois mois, aggravation inquiétante, gros amaigrissement, asthénie profonde, douleurs continues dans la journée, avec paroxysmes postprandiaux atténués par des vomissements surtout pituiteux, et constipation.

A l'examen, femme de 39 kilos, légèrement anémique, dont le palper épigastrique est douloureux.

Examen du liquide gastrique après repas d'épreuve :

HCl libre, 0,43;
Acidité organique, 0,58;
Acidité combinée, 0,80;
Acidité totale, 1,82.

Radiologiquement, niche géante (40 mm. × 18 mm.) du tiers moyen de la portion verticale de la petite courbure.

Traitement par les forriscorbones : 9 ampoules du 17 au 26 janvier. Atténuation, puis disparition des troubles dès la fin des injections. A la fin de février, gain de 2 kilos et réduction considérable de la niche (10 mm. × 6 mm.) qui disparaîtra à des contrôles radiologiques ultérieurs (sept. 1942 et avril 1943). Les douleurs n'ont pas reparu; le poids est en progression (49 kilos). Elle a reçu, en septembre 1942, une deuxième série de 10 injections de ferriscorbone.

Une nouvelle poussée ulcéreuse apparaît en septembre 1944.

Une grosse niche (12 mm. de base) est reparue sur la portion verticale de la petite courbure. La malade reçoit, en janvier 1945, une série de 16 injections de ferriscorbone, qui amènent une quasi-disparition des troubles cliniques et de la niche en radiographie.

Fig. 1. — Décembre 1941 (avant les ferriscorbones).

Fig. 2. — Février 1942.

Observation II.

(Déjà publiée par le Professeur agrégé J. Dubarry.)

Mme Aut..., 70 ans, hospitalisée dans le service de M. le Professeur Dupérié, en octobre 1942, pour des crises épigastriques remontant à six mois, progressives, actuellement intensément douloureuses, mais cédant peu à peu à la position couchée ou à l'ingestion d'un liquide chaud. Elles surviennent deux ou trois fois par jour sans horaire précis. L'apparition de ces douleurs a coïncidé avec la disparition de crises d'asthme remontant à six ans. Examen négatif en dehors d'un léger signe de Murphy en décubitus latéral gauche. Mauvais état général; poids, 38 kilos.

Examen du liquide gastrique :

Acidité libre, 1,095;
Acidité fermentation, 0,621;
Acidité combinée, 0,182;
Acidité totale, 1,898.

En octobre 1942, radiologiquement : d'une part, grosse niche de la face postérieure de la petite courbure, déterminant une biloculation gastrique, avec plis froncés de part et d'autre de la niche; d'autre part, vésicule exclue (après tétraïode, méthode de Sandström).

Traitement : histamine et pansements gastriques n'atténuant que

Fig. 3. — 16 décembre 1942 (avant traitement).

Fig. 4. — 21 avril 1943.

passagèrement la douleur; la niche persiste, la biloculation s'accentue. Trois séries de ferriscorbone, de janvier 1943 à janvier 1944, font disparaître les douleurs, amènent une reprise globale de poids de 8 kilos et une disparition complète de la niche (mars 1944), avec persistance d'une certaine biloculation.

Observation III (Inédite).

Mme Cri..., 70 ans, est adressée à M. le Prof. agr. Dubarry en décembre 1943. Depuis quinze jours, elle souffre de l'estomac et vomit un heure après toute prise d'aliments, même légère; elle est constipée. Ces douleurs ont fait cesser toute alimentation. D'autre part, la malade est très déshydratée.

Examen clinique négatif, mais, radiologiquement, grosse niche de 25 mm. × 7 mm. sur la face postérieure de l'estomac.

Le traitement (Algipan, puis Histamine) amène une disparition des troubles douloureux dès la troisième injection; mais la constipation persiste. Une radiographie de contrôle quatre mois après révèle une disparition presque complète de sa niche : il persiste seulement une légère irrégularité sur son emplacement. La malade va très bien.

Observation IV (Résumée).

(Déjà publiée par le Professeur agrégé Dubarry.)

Mme Al.., 63 ans, est hospitalisée dans le service du Professeur Dupérié, en janvier 1942, parce que, depuis six mois, elle a des crises épigastriques douloureuses postprandiales tardives, calmées par l'alimentation; elle a beaucoup maigri, malgré un appétit conservé à une table bien garnie, et elle a, depuis trois mois, un melaena intermittent.

A l'examen, femme de 48 kilos, anémique (2.900.000 globules rouges), ancienne hypertendue, dont la tension artérielle actuelle est tombée à 12-5. Examen stomatique négatif. Hyperchlorhydrie.

Radiologiquement, énorme niche arrondie de la partie moyenne de la petite courbure (60 mm. × 30 mm.). La malade se refuse à toute intervention. Elle est traitée par 13 injections de ferriscorbones. Rapidement, les douleurs disparaissent en février 1942; elle reprend 2 kilos. La niche diminue peu à peu pour disparaître en octobre.

En mars, puis en octobre 1942, elle reçoit deux nouvelles séries de 10 injections, faites systématiquement, chacune suivies d'un gain de poids notable (57 kg. 500 en avril 1943, soit 10 kilos).

A cette époque, la malade est en parfaite santé. Radiologiquement, estomac et duodénum normaux. Persistance de la guérison jusqu'en février 1944, époque où la malade rentre dans le service de M. le Professeur Dupérié (1) pour asystolie avec anasarque.

(1) L'épilogue de cette observation doit faire l'objet d'une publication de MM. J. Dubarry, H. Monmayou et L'Epée. Aussi, nous n'en donnons qu'un bref résumé.

Autant qu'on puisse l'interroger, ses troubles digestifs n'ont pas reparu. Elle meurt quarante-huit heures après. A l'autopsie, on a

Fig. 5. — 8 décembre 1941
(avant les ferriscorbones).

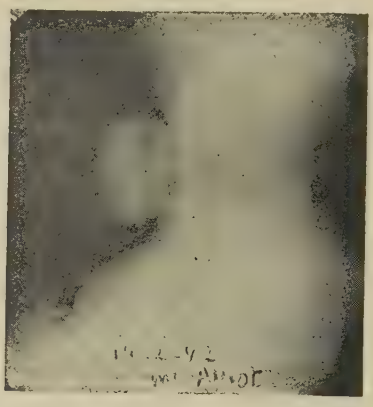

Fig. 6. — 14 février 1942.

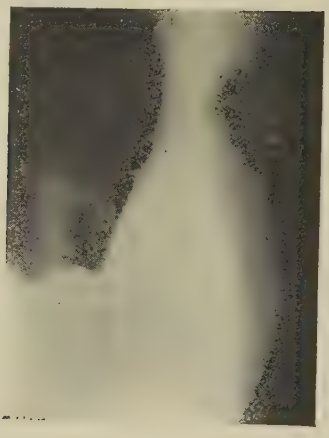

Fig. 7. — 30 décembre 1942.
Le 12 avril, disparition complète de la niche.

la surprise de trouver, avec la guérison anatomique de l'estomac, l'existence d'un gros ulcère duodénal, perforé à la période agonique.

Ulcère de la grande courbure.

Nous avons observé, dans le cas suivant, une localisation d'ulcère géant sur la grande courbure. Cette localisation est rare. Ces ulcères évoluent d'ailleurs comme ceux de la petite courbure.

Observation V (Inédite) (1).

Mme Gon..., 77 ans, adressée, en avril 1944, au Professeur agrégé Dubarry parce qu'elle souffre depuis plusieurs mois, surtout depuis un mois, par crises sans horaire précis, survenant plus spécialement deux à trois heures après les repas, durant un quart d'heure ou une demi-heure; douleurs à type de tiraillement et de torsion. Mais elle ne reste pas plus d'une ou deux heures sans souffrir, et les douleurs la réveillent plusieurs fois au cours de la nuit.

Amaigrissement considérable depuis quatre ans, ayant fait de grands progrès depuis trois semaines. Selles normales et régulières.

A l'examen clinique, abdomen parfaitement souple, foie normal, légère sensibilité biliaire. L'aorte abdominale, aisément perçue, est douloureuse.

A l'examen radiologique, on note une grosse niche encastrée, à parois très régulières, siégeant sur la partie verticale du versant antérieur de la grande courbure, visible en oblique postérieur droit. A la palpation sous écran : douleur élective au niveau de cette niche, mais les parois sont très souples.

Il est pratiqué 15 injections de ferriscorbone. Les crises deviennent moins fréquentes dès la huitième. Des radiographies de contrôle au bout d'un mois montrent une nette diminution de volume

(1) Observation résumée, qui doit faire l'objet, avec d'autres observations, d'un travail de M. le Professeur agrégé J. Dubarry sur les ulcères de la grande courbure.

de la niche (un tiers environ). La paroi de part et d'autre de la niche est toujours parfaitement souple, et la palpation sous écran est totalement insensible.

En janvier 1945, la malade est en bonne santé.

Ulcère à forme hémorragique.

Un autre ulcère géant évoluant de façon absolument silencieuse s'est révélé par une hématémèse isolée. Le syndrome douloureux s'établira par la suite.

Observation VI (Inédite).

Bru..., 66 ans, vient consulter le 6 janvier 1943. Il se plaint, depuis le mois d'août, de coliques sèches avec gaz, auxquelles a succédé peu à peu une diarrhée chronique : 3 selles par jour, très liquides, sans glaires ni sang; beaucoup de gaz, dont l'évacuation soulage. A maigri de 25 kilos depuis cinq mois, mais le poids est actuellement stationnaire.

Palpation abdominale et rectoscopie négatives.

Le 7 janvier, le malade fait une grosse hématèse brusque, sans effort. Puis les selles redeviennent normales. L'appétit est très grand. La région épigastrique semble moins souple dans sa partie gauche. L'examen radiologique révèle une très grosse niche de la petite courbure. La radio des côlons ne montre rien d'anormal. Il s'établit ensuite un syndrome douloureux tardif caractéristique.

Une fois l'anémie post-hémorragique réparée, dans la crainte de nouvelles hémorragies et d'un cancer ulcériforme, on fait pratiquer une gastrectomie (Dr G. Dubourg). Il s'agit d'un gros ulcère perforé, bouché, non cancérisé, siégeant à l'angle de la petite courbure.

En janvier 1945, le malade se porte bien.

SYNDROMES ULCEREUX SECONDAIRES A DES TROUBLES DYSPEPTIQUES PLUS ANCIENS

Nous avons groupé ensemble 2 cas d'ulcères précédés de périodes plus ou moins longues de dyspepsie.

Observation VII.

(Déjà publiée.)

Mme Jol..., 70 ans, a traîné toute sa vie des troubles dyspeptiques irréguliers au milieu desquels, en 1940, pour la première fois, se détache une période d'un mois de douleurs tardives. Echec de divers traitements anti-ulcéreux (Histamine notamment), puis sédation spontanée des troubles.

Nouvelle période en juin 1942, mais intensément douloureuse, avec vomissements, anorexie, amaigrissement (poids, 39 kilos).

A l'examen, tension de tout l'épigastre.

Radiologiquement, grosse niche à contours irréguliers (2 cm. × 1 cm.), légèrement encastrée, du tiers inférieur de la petite courbure, qui n'est pas rétractée. Encoche constante sur la grande courbure.

Nouvel échec des traitements anti-ulcéreux. La malade doit prendre du sirop de morphine. Le diagnostic d'ulcère cancérisé est envisagé. Série de 10 injections de ferriscorbone. Dès la troisième injection, au vingt-quatrième jour de la poussée, disparition de tous les troubles, disparition qui persiste, absolue, depuis dix mois; reprise du poids : 5 kilos en vingt-cinq jours.

Des clichés de contrôle deux mois après montrent la disparition de toute image anormale.

Une nouvelle série de 15 ampoules de ferriscorbone est instituée en raison d'une reprise des douleurs survenues dans le courant du mois de mai 1943. Une radiographie montre la persistance d'un ulcère de 1 cm. de profondeur sur 1 cm. de largeur au niveau du tiers moyen de la petite courbure. Les injections de ferriscorbone

amènent une amélioration progressive et la disparition de tous les troubles.

Un traitement de consolidation de 10 ampoules de ferriscorbone bien supportée se termine le 12 août. La malade ne souffre plus de l'estomac. Radiologiquement, il persiste une niche insignifiante difficile à voir.

En décembre 1944, la malade est en bonne santé.

Observation VIII (Inédite).

Jou..., 67 ans, dyspeptique depuis 1920, souffrait par petites crises fréquentes, faibles, sans horaire quotidien et sans rythme annuel. Il a présenté, au cours de l'été 1942, pendant deux mois, des douleurs épigastriques quotidiennes. Horaire déterminé : réveil et petit déjeuner parfaits, crampes avec fringales douloureuses à 11 heures et 17 heures, calmées par les repas ou disparaissant spontanément au bout d'une heure. Crise vers 22 heures s'il fait un repas un peu copieux le soir. Vomissements glaireux quelquefois au cours d'une crise douloureuse.

Nouvelle période douloureuse au cours de l'hiver 1943.

La période actuelle (sept. 1943) a commencé au printemps. Les douleurs sont transfixiantes, irradiantes à l'épaule droite, accompagnées souvent de vomissements aqueux, quelquefois jaunâtres. L'horaire est identique à celui des périodes précédentes. Le malade ne peut manger que s'il a vomi.

Constipation, amaigrissement de 10 kilos en deux ans.

A l'examen, on sent une torsion de la partie supérieure de l'épigastre avec clapotis. Tension artérielle : 11-7.

L'examen radiologique révèle une image diverticulaire de la partie moyenne de la petite courbure, sur cliché debout, qu'on ne retrouve pas sur un cliché en décubitus. Bulbe un peu irrégulier sans aspect ulcéreux.

Le malade abandonne son traitement rapidement (2 séries d'Histamine), mais la disparition rapide des derniers troubles s'est prolongée jusqu'en janvier 1945.

ULCERE A FORME BANALE CLASSIQUE

Les 15 observations suivantes se rapportent à des formes banales d'ulcères, sans malignité, comme le prouve leur évolution. Ils réagissent plus ou moins bien au traitement.

Observation IX (Inédite).

Boi..., 70 ans, vieil hépatique (15 cures à Vichy), souffrant depuis vingt-cinq ans de douleurs du flanc droit, nocturnes, pendant une ou deux nuits de temps en temps. Les cures de Vichy font très bien disparaître ces troubles. Il est apparu, en décembre 1942, à la suite d'un refroidissement (?), de l'anorexie; puis, au bout d'un mois, des pesanteurs gastriques avec nausées quotidiennes, en fin de matinée et d'après-midi. Les nuits et le réveil restent parfaits. Important amaigrissement de 15 kilos depuis un mois et demi, mais l'appétit est revenu.

A l'examen clinique, le malade ne paraît pas son âge. Le foie est normal et indolore. Tension artérielle : 18-8. Radiologiquement, on découvre une niche indiscutable du versant postérieur de l'angle de la petite courbure, visible seulement de profil.

A la suite du traitement à l'histamine, les troubles douloureux disparaissent, le malade reprend 2 kilos. Dix mois après, il se sent mieux qu'il n'a jamais été, mais le foie, indolore, déborde largement le rebord costal. Radiologiquement, la niche a disparu complètement; il persiste une légère hypertrophie des plis de la muqueuse.

Ce malade n'a jamais plus souffert depuis. Il ne suit plus aucun régime et se porte parfaitement bien en février 1945.

Observation X (Inédite).

Mlle D..., 62 ans, a commencé à souffrir brusquement de l'estomac « au cours d'une alerte » et vient consulter un mois après. Elle souffre tous les jours de douleurs gastriques tardives, en fin de matinée et d'après-midi, soulagée par l'alimentation ou le repos étendu. A eu quelques vomissements aqueux au cours de certaines soirées.

Grosse asthénie et amaigrissement de 30 kilos depuis le début de la guerre. Elle a été constipée au début de cette période douloureuse, mais les selles sont actuellement normales. Au début de cette crise, des douleurs rhumatoïdes, dont elle souffrait depuis longtemps, ont disparu.

A l'examen, tension de tout l'épigastre, frottements péricardiques. Radiologiquement : niche très nette de la portion verticale de la petite courbure.

Le traitement à l'Histamine fait cesser les douleurs pendant quinze jours, puis définitivement pendant quatre mois, après une reprise de quelques malaises et coliques sèches. Une radiographie de contrôle, après trois mois de traitement, montre une disparition complète de la niche.

L'évolution se poursuit ainsi favorablement depuis un an et demi.

Observation XI (Inédite).

Cha..., commerçant, 69 ans, vient consulter, le 29 octobre 1944, parce qu'il présente depuis huit ans, tous les dix-huit mois à deux ans, des périodes douloureuses quotidiennes de trois à six mois, avec douleurs quotidiennes par crises d'un horaire précis. Ce sont des douleurs tardives, survenant à 11 heures et à 17 heures, calmées par les repas. Il y a souvent une crise nocturne de 1 heure à 4 heures du matin. Il garde bon appétit, ses selles sont régulières, il a des gaz au cours de ses crises.

Paratyphoïde il y a cinq ans. Syphilis contractée en 1912, traitée par l'arsénobenzol.

A l'examen, on a constaté : un abdomen ballonné, une tension légèrement douloureuse de la région épigastrique, un foie normal, pas de stigmates de syphilis. Tension artérielle : 20-7.

Radiologiquement, on trouve une petite niche régulière immédiatement au-dessus de l'angle de la petite courbure. Douleur élective au palper de cette région. Il y a une bonne évacuation pylorique.

Traitement habituel. Les crises douloureuses s'atténuent peu à peu; en janvier 1945, la niche est encore visible, mais ses dimensions ont nettement diminué.

Observation XII (Inédite).

Mme Duv..., 75 ans, a présenté, depuis juin 1942, six périodes de crises douloureuses épigastriques, d'une durée d'une semaine en moyenne, séparées par des accalmies complètes de plusieurs mois.

Les douleurs se reproduisent chaque jour de la même façon dans la journée. Une première crise survient une demi-heure après le petit déjeuner : douleurs xiphoïdiennes, à irradiation bilatérale et en broche, d'une durée de cinq à dix minutes, avec quelques pituites acides. Une deuxième crise survient une heure après le repas de midi, d'une durée un peu plus grande, calmée par la position allongée. Tendance à la constipation avec gaz. Signes de brightisme.

L'examen révèle une douleur de toute la région épigastrique avec gros clapotis gastrique et tension du grand droit du côté droit. l'artériosclérose est très prononcée. Tension artérielle : 20-8 1/2. Bruits du cœur claqués.

Radiologiquement (déc. 1943), grosse aérogastrie et aérocolie. Estomac hypotonique à bas-fond ptosé, douloureux au palper, particulièrement dans le tiers moyen de la portion verticale de la petite courbure, où se trouve une assez grosse niche du versant postérieur, assez difficile à mettre en évidence.

Le traitement (Histamine, pansements gastriques, régime, puis Algipan) procure une amélioration surprenante en deux mois. Jusqu'en janvier 1945, la malade n'a plus souffert.

Observation XIII (Inédite).

Mme B..., 69 ans. Les troubles ont débuté en août 1941 par des crises douloureuses épigastriques quotidiennes pendant deux mois, à la suite d'une période de surmenage et de mauvaise alimentation. Puis les troubles ont cessé complètement. Actuellement (juin 1942), la malade souffre selon un horaire fixe : crampes épigastriques au réveil, avec anorexie, mauvaise bouche et mauvaise haleine, calmées par le petit déjeuner pour une ou deux heures. Puis il survient, vers 10 heures et vers 11 heures, de violentes douleurs

épigastriques. La malade « se roule de douleurs » accompagnées de nausées, calmées spontanément au bout d'une heure. Les nuits sont bonnes. La malade a vomi deux fois des glaires et des aliments. Appétit faible, constipation, amaigrissement net. Pas d'antécédents notables.

L'examen clinique est négatif, mais radiologiquement on trouve une encoche importante de la grande courbure en face d'une niche assez plate (2 mm. × 10 mm. de base), sur la portion moyenne de la partie verticale de la petite courbure et dont la palpation est électivement douloureuse.

Traitement : Histamine, kaolin, antispasmodiques. Deux ans après, en janvier 1945, elle n'a pas eu de nouvelles poussées et se porte bien.

Observation XIV (Inédite).

Ber..., 75 ans, cultivateur, vient consulter en mars 1943. Depuis cinq ans, il souffre de l'estomac par période de deux à trois jours, séparées par des périodes d'accalmie parfaite de un à plusieurs mois.

Il souffre actuellement depuis quinze jours. Réveil parfait. Le petit déjeuner est le meilleur repas de la journée. Première crise vers 11 heures, deuxième crise vers 17 heures, plus forte; ces crises sont caractérisées par des crampes, des brûlures, une sensation de transfixion de la taille, calmées un peu par l'alimentation, cédant au kaolin. Les crises se terminent toujours par des éructations et des émissions de gaz abdominaux. Il y a rarement des crises nocturnes. Pas de nausées ni de vomissements.

Il a eu des coliques néphrétiques, présente un rhumatisme chronique, avec cliquetis goutteux. Il buvait beaucoup de vin blanc sec, avec du bicarbonate, pour calmer ses aigreurs. Examen négatif. Tension artérielle : 18-8.

Radiologiquement, estomac hypertonique, s'évacuant bien, et niche de la portion verticale de la petite courbure.

Dès la première série d'Histamine, on constate une amélioration rapide. En août 1943, le malade se porte bien et continue à boire du vin blanc.

Observation XV (Inédite).

Fet..., 67 ans, a souffert de l'estomac pour la première fois il y a trois ans, pendant une période de quatre mois. Amélioration par le traitement à la Laristine, prolongée jusqu'à ces six derniers mois; il présente quotidiennement des crises douloureuses, selon un horaire ulcéreux typique, sans crises nocturnes, soulagées par l'alimentation et la position couchée.

Selles normales, bon appétit, pas d'intolérance élective. Amaigrissement de 9 kilos depuis six mois.

A l'examen radiologique, niche du tiers inférieur de la portion verticale de la petite courbure.

Le malade cesse de souffrir pendant deux mois après une première série d'Histamine. Il apparaît alors de légères crises douloureuses nocturnes réveillant le malade de minuit à 4 heures, calmées par l'émission de gaz. Le poids et l'appétit sont stationnaires, les selles sont normales.

Observation XVI (Inédite).

Mme Bro..., 62 ans, vient consulter le 13 mars 1944. Elle a souffert, en août 1942, pendant une semaine, deux ou trois heures après chacun des trois repas, de douleurs gastriques calmées par la chaux ou la magnésie. L'appétit était conservé, les selles régulières et normales. Cessation complète des douleurs après cette mauvaise semaine.

A Noël 1943, reprise quotidienne des mêmes crises. La malade a un très bon réveil. Elle conserve un bon appétit, mais se prive à chaque repas. Chaque crise est décapitée par la prise de chaux ou de magnésie. Les nuits sont parfaites.

Il y a trente ans, la malade avait une entérocolite muco-membraneuse avec constipation. Aucun autre antécédent digestif. Une seule grossesse.

A l'examen, on note seulement une légère tension de tout l'épigastre. Tension artérielle : 18-10.

A l'examen radiologique, petit ulcère de la petite courbure dans sa portion verticale. Aorte athéromateuse.

Traitement à l'Histamine. On note la disparition des troubles à la septième injection. L'amélioration persiste. En décembre 1944, gain de 1 kilo.

La malade meurt en janvier 1945 de broncho-pneumonie grippale avec insuffisance cardiaque. La sulfamidothérapie à hautes doses *per os*, entre autres médications, avait été parfaitement supportée par son estomac.

Observation XVII (Inédite).

Bes..., 68 ans, consulte, le 25 octobre 1942, parce qu'il souffre depuis un an de douleurs épigastriques avec nausées, qui l'amenèrent à se faire vomir. Il souffrait tous les jours au début. Les douleurs se sont espacées ensuite, mais reviennent souvent, plusieurs jours de suite parfois. Dans la journée, le réveil et le petit déjeuner sont bons; des crises douloureuses surviennent à des moments variables, mais toujours au moins quatre heures après la prise de nourriture, et sont calmées par la chaleur ou l'alimentation chaude. Les nuits sont bonnes.

Habitudes éthyliques (4 et 5 litres de vin par jour), gros mangeur. Léger amaigrissement depuis un an. Selles normales, urines claires.

A l'examen, sensibilité épigastrique diffuse, pas de rate, foie de 14 cm.

Radiologiquement, estomac hypertonique, enroulé autour d'une petite niche siégeant sur la partie haute de la petite courbure. Cœur globuleux.

Le malade, revu un an après, a bien réagi au traitement (Paratyrone, Hista dimilli, Titane) et « se maintient, malgré les 7 ou 8 petit verres » qu'il continue à boire au début de son repas de chaque jour.

Observation XVIII (Inédite).

Dar..., 74 ans, présente, depuis 1942, trois périodes de crises épigastriques quotidiennes d'une durée de deux mois, séparées par de longues accalmies complètes. Il s'agit de tiraillements apparais-

sant toujours aux mêmes heures dans la journée. Il est réveillé par ces tiraillements, qui cessent au lever. Ils reprennent en 3 ou 4 crises légères d'une à trois minutes au cours de l'après-midi et de la soirée, une heure après chaque repas et au cours de la nuit après chaque sommeil. Légèrement constipé. Eructations nombreuses. Gros éthylique, très bien portant par ailleurs, c'est un beau vieillard et qui ne porte pas son âge. 48 kilos. Tension artérielle : 12-7.

En mai 1944, l'épigastre est sensible, il existe un point douloureux sous-hépatique. Radiologiquement, niche grosse comme un petit pois au niveau de la petite courbure, dans la région prépylorique. L'autre se remplit mal, sans image de lacunes; d'ailleurs, la paroi est parfaitement souple. Par ailleurs, l'estomac et le bulbe sont absolument normaux.

Traitement : régime, alcalins, Laristine, puis Titane. L'effet en est excellent. Au bout de deux mois et demi, le malade ne souffre pas du tout lorsqu'il suit son régime (peu sévère), mais se remet à souffrir dès qu'il boit ou qu'il fait des excès de table.

Observation XIX (Inédite).

Mme Ro..., 62 ans, présente une première poussée douloureuse épigastrique de quinze jours, avec pyrosis, en octobre 1941; une deuxième poussée de trois semaines en octobre 1942; une troisième poussée, plus violente, d'un mois, en octobre 1943. Elle souffre violemment pendant une heure, vers 11 heures et vers 17 heures, de douleurs transfixiantes, souvent accrues par la fatigue, calmées par l'alimentation ou le repos. Il y a quelques douleurs légères vers minuit. L'appétit est conservé, les selles sont normales, mais le malade a maigri de 30 kilos depuis deux ans. L'examen clinique est négatif, mais l'examen radiologique révèle un estomac hypertonique, avec une niche de la portion verticale de la petite courbure.

Le traitement (Histamine, kaolin, antispasmodiques) amène une amélioration notable, qui persiste depuis un an et demi (janv. 1945).

Observation XX (Inédite).

Mme Lan..., 70 ans, est adressée au Professeur agrégé Dubarry le 8 novembre 1943. Elle souffre depuis longtemps d'essoufflements postprandiaux. Depuis un mois, elle souffre de crises douloureuses épigastriques quotidiennes (sensations d'arrachement) survenant trois quarts d'heure à une heure après le repas de midi. La crise atteint son acné vers 15 heures et n'est calmée que par le repas du soir. Le réveil est très bon; il existe une petite crise vers 11 heures et une autre vers 22 heures si la malade ne se couche pas. A eu quelques nausées et pituites. Amaigrissement progressif depuis quatre ou cinq ans.

L'examen de l'abdomen ne révèle qu'un peu de tension épigastrique sans point douloureux. A l'examen radiologique, on met en évidence, en décubitus latéral droit, une niche de la portion verticale de la petite courbure.

Le traitement (kaolin et antispasmodiques pendant trois mois et une seule série d'Histamine) améliore régulièrement la malade, qui, sans suivre aucun régime, ne présente aucune douleur jusqu'en janvier 1945.

Observation XXI (Inédite).

Mme Bou..., 70 ans, vient consulter le 2 octobre 1943. Elle a présenté brusquement, un jour du mois d'août, à 11 heures, une violente crise épigastrique avec pituite, calmée par le repas de midi; une deuxième crise douloureuse sans pituite est survenue vers 15 heures, atténuée peu à peu dans la soirée. Depuis, la malade présente tous les jours ces crises tardives à 11 heures et 17 heures, suivies de vomisements alimentaires. Il y a tous les soirs une petite crise de 10 heures à minuit.

Cette femme est très amaigrie et très asthéniée; les selles sont normales; il y a peu de gaz. A l'examen, femme déshydratée, cachectique, avec gros clapotis gastrique, douleur à la palpation de la région pylorique.

Radiologiquement, sténose pylorique avec un ulcère du versant postérieur de la petite courbure difficile à voir, visible seulement après ingestion des premières bouchées de baryte.

Le traitement (Algipan, Génatropine, goutte à goutte rectal glucosé) amène un soulagement important en vingt-quatre heures. La malade, revue onze jours après, n'avait plus vomi et ne souffrait plus. Elle reprend 2 kilos, puis subit de nouvelles périodes douloureuses, longues, pour avoir abandonné son traitement et fait des écarts de régime. Trois séries d'Histamine la rétablissent parfaitement. Elle se porte très bien en décembre 1944.

Observation XXII (Inédite).

Aub..., 69 ans, est adressé au Professeur agrégé Dubarry, le 11 novembre 1943, pour douleurs gastriques existant depuis trois semaines. Il n'avait jamais souffert auparavant. Horaire fixe : douleur à type de torsion et de pesanteur survenant au réveil, vers 9 heures et vers 15 heures, disparaissant spontanément en une ou deux heures, non améliorées par l'alimentation, soulagées quelquefois par des pituites. Le malade conserve un gros appétit et n'a pas maigri. Selles régulières.

A l'examen radiologique, on trouve une grosse niche de la petite courbure haut située.

Traitement habituel, amélioration rapide et importante, maintenue jusqu'en 1945.

Observation XXIII (Inédite).

Mau..., papetier de 63 ans, vient consulter le 5 août 1944. Souffre depuis un mois de douleurs quotidiennes de l'estomac de plus en plus violentes. Réveil normal; petit déjeuner pris avec appétit. La première crise apparaît à 9 heures sous forme de picotements et de brûlures à irradiation dorsale, calmée spontanément en une heure; deuxième crise de 14 à 15 heures; troisième crise de 18 à 19 heures, atténuée par la position couchée, calmée par l'alimentation. Amaigrissement de 4 kilos depuis le début de ses crises.

A l'examen, tension des deux droits dans la région épigastrique. Foie de 12 cm. A l'examen radiologique, on trouve une grosse niche du versant postérieur de la petite courbure à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur. Amélioré nettement en vingt jours par les alcalins seuls.

ULCERE A FORME PSEUDO-CANCEREUSE

Le cas suivant se présentait comme un cancer ulcériforme, mais les constatations opératoires et les examens histologiques ont prouvé qu'il s'agissait en fait d'un ulcère simple.

Observation XXIV (Inédite).

Bor..., 64 ans, vient consulter en avril 1944 pour des troubles généraux et digestifs qu'un premier examen radiologique, fait en 1942, avait fait rattacher à un ulcère gastrique (niche typique du versant postérieur de la petite courbure). On lui avait fait trois séries de 10 injections d'Histamine sous-cutanées. Les douleurs ayant cessé à la troisième injection, le malade avait repris son travail et ne présenta aucun trouble pendant une période de six mois. Puis, les douleurs reviennent et cèdent, pour une autre période de quatre mois, à 2 séries successives d'Histamine; actuellement (avril 1944), le malade présente quelques malaises depuis janvier 1944, douleurs commençant deux heures après le petit déjeuner et persistant toute la journée, avec d'abondants vomissements alimentaires. Gros amaigrissement.

L'examen radiologique d'avril 1944 montre une niche encastrée, légèrement irrégulière, de l'angle de la petite courbure. M. le Professeur agrégé Dubarry croit pouvoir affirmer sur cet aspect la malignité et conseille l'intervention : gastrectomie (G. Dubourg). Le malade ne survit pas à l'opération, mais on ne trouve aucune lésion cancéreuse à l'examen histologique. Il y avait deux gros ulcères au niveau de la petite courbure, l'un au-dessus de l'autre. Seul l'ulcère inférieur avait été décelé par la radiologie.

Nous opposons au cas précédent celui d'un malade dont la dyspepsie à caractère ulcéreux évoluait depuis dix ans avant qu'il ne soit adressé au Professeur agrégé Dubarry, qui avait alors envisagé la possibilité d'une transformation maligne récente.

Observation XXV (Inédite).

Pon..., 73 ans, a présenté en dix ans quatre grandes périodes de douleurs gastriques, d'une durée de quinze jours à un mois : douleurs tardives calmées par le repos, survenant avant le repas du soir surtout, quelquefois le matin, jamais la nuit. Depuis un an, il souffre irrégulièrement de temps en temps, pendant un à trois jours, séparés par des périodes de calme de trois à huit jours, l'appétit étant bien conservé.

Depuis un mois, les crises douloureuses deviennent quotidiennes, persistant nuit et jour, avec maximum en fin d'après-midi. A eu un vomissement à la suite d'injection de morphine. Selles régulières. Urines normales. Gaz fréquents. Amaigrissement de plusieurs kilos depuis un mois. Appétit très diminué.

A l'examen, on constate une tension de tout l'épigastre sans autres signes. Grosse polyadénopathie inguinale et sous-axillaire, périadénite.

La radiographie, faite par le Docteur Guichard, révèle un aspect frangé de la petite courbure de part et d'autre d'une grosse niche assez régulière. La défense de la paroi empêche d'apprécier la mobilité de la petite courbure au palper. Il n'y a pas d'encoche spasmodique en regard de la niche.

Nous n'avons pas pu avoir de nouvelles directes du malade actuellement décédé sans que nous connaissions la cause de sa mort.

SYNDROME ULCEREUX A RADIOLOGIE NEGATIVE

Ces deux malades présentaient un syndrome ulcéreux typique au point de vue clinique; ils ont parfaitement réagi au

traitement anti-ulcéreux, mais on ne voyait pas chez eux de niche ulcéreuse à un examen radiologique attentif avec clichés pris en diverses positions. L'ensemble clinique et des signes radiologiques secondaires nous ont fait poser fermement cependant le diagnostic d'ulcère, que l'évolution ultérieure est venue confirmer.

Ce sont là d'ailleurs des faits très connus, particulièrement depuis la communication de MM. Hillemand et Moutier, à la Société de gastro-entérologie (séance 3 juill. 1943), concernant un pourcentage important d'ulcères gastriques radiologiquement invisibles, mais dont le diagnostic, posé par la clinique, était confirmé par la gastroscopie.

Observation XXVI (Inédite).

Sim..., cultivateur, 63 ans, est envoyé par le Docteur Jacquet à M. le Professeur Dubarry pour troubles gastriques, en avril 1941. Il a souffert, pour la première fois il y a trois ans, de crampes épigastriques supportables avec fringale douloureuse, soulagées immédiatement par l'alimentation, survenant tous les jours de 10 à 12 heures et de 16 à 18 heures. Il n'a jamais vomi au cours de cette période douloureuse, qui a duré deux mois environ.

Deuxième période de deux à trois mois pendant l'été 1940. La période actuelle a commencé il y a deux mois. Les nuits sont parfaites; mauvaise haleine au réveil, pas d'intolérance élective pour les aliments, sauf pour les épices. Le fonctionnement intestinal reste très bon et très régulier, pas de gaz, pas d'amaigrissement.

A l'examen, légère contracture des deux grands droits dans leur partie supérieure.

L'examen radiologique ne montre pas de niches visibles de face ni de profil, mais il y a une rétractation de la petite courbure.

L'ensemble clinique et radiologique fait poser le diagnostic d'ulcère. Traitement classique (Histamine, kaolin, antispasmodiques, régime). La crise est calmée dès la deuxième injection d'Histamine, mais il apparaît quinze jours après une violente céphalée, qui sera exacerbée par les injections ultérieures. Il n'y a aucun signe

de brightisme. Cette céphalée cesse après l'abandon de l'Histamine.

Il apparaît, en avril 1942, une quatrième période de douleurs survenant très irrégulièrement, tantôt le matin, tantôt l'après-midi, toujours après une prise de nourriture et durant de longues heures. Ces douleurs s'améliorent spontanément au bout de un ou deux mois.

Ce malade se porte très bien en janvier 1945 et n'a pas eu d'autres nouvelles poussées douloureuses.

Observation XXVII (Inédite).

Bei..., 73 ans, adressé au Professeur agrégé Dubarry, en août 1943, pour douleurs gastriques selon un horaire déterminé : tiraillements d'estomac au réveil, déjeuner pris avec appétit (saucisson à l'ail, œuf dur). Première crise deux heures après; autres crises à midi, 16 heures et minuit, calmées par l'alimentation. Il a déjà souffert de cette façon, selon cet horaire, il y a six ans, pendant deux mois.

Selles normales; foie normal; examen négatif.

L'examen radiologique révèle un estomac orthokinétique avec une hyperkinésie antrale dont on ne décèle pas l'origine. Pas de troubles d'évacuation de l'estomac. Rhumatisme vertébral.

Le malade réagit parfaitement au traitement (Algipan, kaolin, antispasmodiques) et se considère comme guéri en décembre 1944.

ULCERES DUODENAUX

Nous n'avons observé que 3 cas d'ulcères duodénaux, dont un cas d'ulcère double gastrique et duodénal. Il faudrait rapprocher de ces 3 observations le cas des 2 ulcères successifs, gastrique et duodénal, de l'observation IV.

Observation XXVIII (Inédite).

Bal..., 66 ans, adressé à M. le Professeur agrégé Dubarry en octobre 1942, souffre depuis vingt jours de douleurs rétrosternales, par crises se répétant deux ou trois fois par jour, quelquefois avant

le petit déjeuner et toujours vers 10 et 15 heures. Ces douleurs, à type de brûlures et de torsion, sont calmées par la prise de nourriture ou de lait. Il a aussi quelquefois une crise nocturne assez courte. Il n'a jamais souffert auparavant.

Pas de nausées, ni de vomissements, ni de gaz. L'appétit est conservé sans intolérance élective, mais le malade se prive. Selles normales. Amaigrissement de 4 kilos en vingt jours. Asthénie assez marquée.

Le malade est un gros fumeur, éthylique (10 à 12 apéritifs par jour pendant trente ans), qui n'a cessé de boire qu'au début de ses crises. Pas de cauchemars ni de tremblements cependant.

A l'examen, grosse tension épigastrique, langue normale, inégalité pupillaire sans signe d'Argyll-Robertson; pas de réflexes rotuliens ni achilléens; pas de douleurs marquées à la pression des mollets. Aucun signe de brightisme.

L'examen radiologique montre une niche du tiers moyen de la portion verticale de la petite courbure sur le versant postérieur et un ulcère tout à fait typique du bulbe caractérisé par une image stellaire, sans troubles d'évacuation.

Le traitement (Histamine) amène une amélioration progressive avec disparition des douleurs jusqu'en mai 1943. Une nouvelle période douloureuse reprend alors durant deux mois, qui disparaît à la quatrième injection d'une série d'Algipan. Les forces et l'appétit reviennent après un séjour de deux mois à la campagne.

Un nouvel examen radiologique en octobre 1943 montre une disparition complète de tout aspect bulbaire pathologique et une légère saillie conique de 3 mm. de profondeur sur la petite courbure; séquelle probable de la niche.

En janvier 1945, ce malade ayant eu plusieurs séries d'Histamine au cours de l'année 1944, ne souffre plus et va bien, tout en continuant à boire.

Observation XXIX (Inédite).

Bab..., 66 ans, garde de nuit, vient en consultation chez M. le Professeur agrégé Dubarry le 26 avril 1942. Depuis un an, ce malade éprouve de temps à autre des douleurs gastriques, devenues à

ce moment quotidiennes. Il s'agit de pesanteur avec faim douloureuse, vers 11 heures et vers 16 heures, calmées par le repas. Selles normales et régulières. Il pesait 90 kilos il y a vingt ans, 70 kilos il y a un an, et 53 kilos en avril 1942. Il n'a pas pu continuer ses fonctions de garde de nuit par suite de l'asthénie qui accompagne cet amaigrissement. Pas de nausées ni de vomissements.

A l'examen, on note un foie débordant mais ptosé, percutable sur 12 cm., une légère tension du grand droit du côté droit, une douleur sous-hépatique. Tension artérielle : 16-10.

Radiologiquement : ulcère duodénal typique avec hyperkinésie gastrique, sans image de gastrite.

Traitement : Histamine, kaolin, antispasmodiques, régime. En décembre 1944, le malade pèse 63 kilos, ne souffre plus et a pu reprendre son travail de garde de nuit.

Observation XXX (Inédit).

Rob..., 67 ans, souffre depuis deux ans et demi de brûlures gastriques par périodes de deux à trois jours séparées par deux à trois mois de calme complet, sans cause apparente, sans intolérance élective. Les périodes se rapprochent et s'allongent; il souffre actuellement depuis six mois, avec, de temps à autre, de bons intervalles de un ou deux jours. L'horaire des douleurs est toujours le même.

Le matin, au lever, il ne s'est pas rendormi depuis sa crise nocturne; il déjeune avec plaisir. Vers 9 heures, il ressent un malaise général (impression d'estomac plein et fermé), qui devient une douleur continue, avec irradiation entre les deux épaules. La crise cède au repas de midi, pris avec plaisir. Nouvelle crise vers 15 h. 30, qui cède spontanément au repas du soir. Dernière crise nocturne de 2 à 5 heures. Pas de pyrosis, de nausées, ni de vomissements, mais gaz abondants, d'évacuation difficile, mais soulageant. Depuis six mois, constipation légère, amaigrissement de 30 kilos. A l'examen, on note une tension du carrefour sous-hépatique, avec une légère douleur. Gros foie de 16 cm. Petite hernie ombilicale.

L'examen radiologique révèle un estomac normal, s'évacuant bien, un bulbe très déformé évoquant l'ulcère. Diverticule de D^2, vésicule mal colorée (cholécystite associée possible).

CONSIDERATIONS STATISTIQUES

Nous relevons dans la thèse de Moreau, sur 180 cas d'ulcères gastro-duodénaux observés par M. le Professeur agrégé Dubarry de 1936 à juillet 1941, 15 cas d'ulcères évoluant chez le vieillard après la soixantaine. Mais sur les 15, 2 seulement étant d'évolution récente, ont pu être retenus parmi les 30 cas rapportés dans notre thèse. Tous les autres sont postérieurs à juillet 1941, ce qui prouve combien l'ulcère jeune du vieillard est une affection actuelle.

Nos études statistiques à ce sujet, basées sur l'ensemble des 665 cas d'ulcères des dossiers personnels de M. Dubarry, nous ont donné un chiffre de 23 ulcères récents chez le vieillard, soit une proportion de 3,5 %. Cela signifie que sur 100 cas d'ulcères diagnostiqués par un même médecin, 3,5 sont apparus chez le vieillard. Cette proportion ne rend pas un compte exact des possibilités d'ulcère chez le vieillard par rapport à celle de l'adulte. Il est difficile de les comparer, étant donné que les adultes sont beaucoup plus nombreux que les vieillards. Les statistiques démographiques, en effet, nous ont permis de constater qu'il existe en France un homme âgé de plus de 60 ans pour 5 hommes dont l'âge est compris entre 10 et 60 ans. On peut donc corriger le rapport précédent de 3,5 % en disant qu'à nombre égal de sujets la proportion des ulcères apparaissant après la soixantaine est de 16 %. Si donc les vieillards paraissent moins susceptibles de faire des ulcères que les adultes, cette possibilité en est néanmoins plus grande qu'on ne le croyait classiquement.

En ce qui concerne le sexe des malades et la localisation de l'ulcère, nos observations nous ont amené aux conclusions suivantes :

Classification d'après le sexe. — 13 ulcères évoluaient chez des femmes; 17 chez des hommes. Ainsi, la fréquence des ulcères tendrait à devenir la même dans les deux sexes au

cours de la vieillesse, alors que la proportion est de 4 ulcères chez l'homme pour 1 ulcère chez la femme dans l'âge adulte. Notons d'ailleurs que ces constatations rejoignent celles déjà énoncées par Mercadier.

Mais si l'on tient compte qu'il y a beaucoup plus de femmes âgées que d'hommes âgés, il est possible que la proportion des ulcères chez les hommes et chez les femmes, dans la vieillesse, reste la même qu'à un âge moins avancé.

Classification d'après la localisation. — 26 cas de ces ulcères sont des ulcères gastriques, 25 étaient des ulcères de la petite courbure, 22 siégeant sur la portion verticale, 2 à l'angle de cette petite courbure, 1 dans sa portion prépylorique. Le vingt-sixième siégeait sur la grande courbure, localisation classiquement très rare.

Nous n'avons observé que 2 ulcères duodénaux et 2 cas d'ulcère double gastrique et duodénal.

Ces proportions sont bien différentes des proportions classiques de 4 ulcères duodénaux pour 1 ulcère gastrique établies chez les adultes. Elles nous permettent d'affirmer que l'ulcère du vieillard est essentiellement gastrique, ce qui l'oppose nettement à celui de l'adolescent, qui est le plus souvent duodénal et à celui de l'enfant, qui est toujours duodénal, d'après MM. Dubarry et Rumeau.

Il nous a paru intéressant de classer également nos ulcères d'après leur forme clinique et radiologique. Ces ulcères évoluent pour la plupart avec une symptomatologie typique. Dans 4 cas seulement, l'horaire des douleurs est imprécis et on ne peut guère isoler de poussées douloureuses nettes. Mais il est remarquable de noter que 22 de nos malades, soit 73 %, présentent un amaigrissement considérable.

Enfin, nous trouvons à l'examen radiologique une proportion de 25 % de niches de grandes dimensions dépassant 20 mm. de diamètre.

Nous reprendrons d'ailleurs plus loin l'étude de ces particularités cliniques et radiologiques.

DISCUSSION DE NOS OBSERVATIONS

Une première objection peut être faite. L'ulcère révélé tardivement n'est peut-être qu'un ulcère ancien ayant pendant longtemps évolué silencieusement. On rencontre assez fréquemment des ulcères qui ne sont révélés que par une complication : hémorragie ou perforation par exemple. Notre observation VI, d'hémorragie, entre peut-être dans ce cadre. D'autre part, la fréquence des niches géantes dans nos cas personnels peut paraître un autre argument en faveur de l'existence de lésions beaucoup plus anciennes que ne le laisse supposer la clinique. En réalité, il est admis actuellement qu'une énorme niche peut se constituer en quelques jours, de même qu'elle peut disparaître très rapidement, et cette disparition rapide nous permet de dire qu'il ne s'agit pas là d'un ulcère très ancien dont l'évolution serait apériodique. Nous croyons donc pouvoir affirmer, pour la plupart de nos observations du moins, l'évolution récente de nos ulcères.

Dans 2 cas, existait un vieux passé dyspeptique précédant l'apparition du syndrome ulcéreux typique. Ces 2 observations sont évidemment sujettes à caution. Nous pensons qu'il s'agit bien également d'ulcères récents dans ces 2 cas, car l'ulcère peut se greffer sur une gastrite ou sur toute autre dyspepsie.

Nous tenons à souligner que nous avons toujours fouillé avec minutie le passé de nos malades. C'est ce qui nous a permis d'écarter de notre liste d'observations celle d'une malade : Mme Mat... (69 ans), qui présentait un syndrome ulcéreux remontant à un an, mais dans le passé de laquelle on retrouve 2 hématémèses survenues en 1917 au cours d'une période de

sept mois de dyspepsie avec diarrhée alors qu'elle était ouvrière dans une usine de produits chimiques. Nous avons écarté aussi cette observation, particulièrement curieuse, d'ulcère typique remontant à trois mois, chez un homme de 79 ans, dans le passé duquel nous avons pu faire préciser une série de périodes de troubles dyspeptiques tout à fait superposables, survenues entre 20 et 25 ans. Cette latence de cinquante-cinq ans, ce qui nous paraît un chiffre record, pose d'ailleurs un problème. S'agit-il d'une maladie ulcéreuse restée en sommeil pendant cinquante-cinq ans, ou bien ce malade a-t-il réuni à deux périodes extrêmes de son existence des conditions favorables à l'éclosion d'une maladie ulcéreuse ? Nous n'avons évidemment aucun document radiologique sur le siège de la maladie ulcéreuse qui évolua entre 20 et 25 ans, mais le diagnostic d'ulcère avait été envisagé par Dieulafoy, que le malade était allé consulter à cette époque.

*
* *

Dans les considérations qui vont suivre, nous groupons nos cas personnels et les 11 cas de la thèse de Mercadier, afin de porter un jugement sur un nombre de cas plus important.

Nous n'insisterons pas sur le tableau clinique général de l'ulcère tardif. Il nous a paru, comme l'a remarqué Mercadier, tout à fait banal quoique polymorphe, rappelant le tableau observé chez l'adulte. On retrouve avec une particulière fréquence la constipation au cours des poussées douloureuses.

Afin qu'il n'y ait pas d'équivoque, nous avons noté fidèlement l'heure d'apparition des crises douloureuses dans la journée, la date et la durée des périodes. Ce syndrome ulcéreux assez typique, s'accompagnant le plus souvent de niches de la portion verticale de la petite courbure, impose le diagnostic d'ulcère et permet de ne pas trop redouter la confusion avec un néoplasme, diagnostic auquel l'âge du malade fait penser d'emblée.

L'ensemble de nos observations comporte cependant quelques caractères cliniques particuliers.

Formes pseudo-cancéreuses.

Ces ulcères peuvent simuler le cancer pour plusieurs raisons :

L'absence de périodicité relevée dans l'observation I, par exemple, pouvait nous faire hésiter sur le diagnostic. Mais dans ce cas la persistance des douleurs pendant six ans suffit à écarter le diagnostic de néoplasme. Dans l'observation IV, où le diagnostic d'épithélioma ulcératif avait été porté, c'est le refus de la malade à toute intervention chirurgicale qui nous avait amené à lui faire des injections de Ferriscorbone; traitement classiquement préconisé, pour les cancers avancés, par MM. Arloing, Morel et Josserand, mais qui avait déjà donné un résultat brillant à M. Dubarry, dans un vieil ulcère calleux paraissant dégénéré.

La multiplicité des crises douloureuses diurnes et nocturnes sans horaire précis de l'observation V et surtout le siège de l'ulcère sur la grande courbure plaidaient aussi en faveur du néoplasme. Mais la régularité de la niche et l'évolution favorable depuis bientôt un an plaident plutôt en faveur de l'ulcère. Si la malade n'avait pas 77 ans, nous aurions cependant jugé plus prudent de conseiller d'emblée une gastrectomie.

L'atteinte importante de l'état général, dans le tableau clinique présenté par la plupart de nos malades, paraît aussi être d'un mauvais pronostic. Dans les trois quarts des cas, l'amaigrissement est rapide et prononcé; il peut atteindre 30 et 40 kilos, ou bien le malade perd 4 ou 5 kilos en vingt jours au début de son affection. Cet amaigrissement s'accompagne presque toujours d'une asthénie marquée. Les restrictions alimentaires ne semblent pas, en général, jouer un très grand rôle dans cet amaigrissement et cette asthénie, car ces malades retrouvent rapidement leur poids et leurs forces sous l'effet du traitement.

Mercadier ne trouve pas chez ces ulcéreux une accentuation semblable des signes généraux. Nous insistons sur les particularités de cet ensemble clinique de troubles digestifs, d'amaigrissement considérable et d'asthénie chez un vieillard, ensemble que l'on ne doit pas considérer systématiquement comme la manifestation clinique d'un cancer (avec toutes les conséquences que comporterait un tel diagnostic).

L'anorexie s'associe quelquefois à ces signes généraux. Elle est plus particulièrement caractéristique du cancer, et elle n'est pas très fréquente chez nos ulcéreux, dont plusieurs voyaient leur poids diminuer alors qu'ils avaient conservé un bon appétit.

Enfin, d'après l'aspect radiologique, dans l'observation XXIV, le diagnostic de cancer ulcériforme ou d'ulcère cancérisé paraissait s'imposer. Les douleurs étaient devenues continuelles; radiologiquement, la niche située à l'angle de la petite courbure était encastrée et irrégulière. Or, cette lésion était histologiquement un ulcère simple. L'indication de la gastrectomie paraissait absolue cependant.

Chaque fois qu'ainsi on est obligé de suspecter un cancer, s'il n'y a pas contre-indication formelle tenant à l'état général, la gastrectomie doit être pratiquée avec tous ses risques chez un vieillard. Devant un état général trop précaire, comme dans l'observation I, ou devant le refus obstiné du malade à toute intervention, la Ferriscorbone s'impose comme thérapeutique intéressante à la fois dans le cancer et dans l'ulcère.

Formes sténosantes ou formes avec vomissements.

Les vomissements sont très inconstants. Classiquement, ils ne semblent fréquents et réguliers que dans les ulcères prépyloriques. Or, nous n'avons que 3 observations d'ulcères présentant une telle localisation; 10 de nos malades cependant ont vomi au cours de l'évolution de leur maladie; encore faut-il remarquer que ces vomissements étaient rares

et peu importants dans les observations I, XI, XXV. Ils peuvent être dus à une intolérance gastrique par hypersensibilité de la muqueuse, vomissements classiques des ulcères de la petite courbure, à horaire très capricieux, ou bien ce sont les vomissements de la sténose pylorique. Les 4 cas d'ulcères avec vomissements rapportés par Mercadier s'accompagnaient de sténose pylorique. Notons que nos cas d'ulcères duodénaux n'étaient pas sténosants et ne s'accompagnaient pas de vomissements.

Formes hémorragiques.

L'observation VI rapporte le seul cas d'hématémèse survenue chez nos ulcéreux; nous avons noté, en outre, un cas de melæna dans l'observation IV. C'est dire que ces ulcères tardifs sont peu hémorragiques, ce qui les oppose aux ulcères anciens des vieillards, qui sont, eux, fréquemment « angiotérébrants », selon la classification de Wilmoth et F. Papin, donc à tendance hémorragique.

Chimisme gastrique.

L'examen du chimisme gastrique n'a été pratiqué que chez 3 de nos malades. Dans 2 cas, l'acidité gastrique était un peu diminuée; il y avait hyperchlorhydrie dans 1 cas seulement. Les constatations de Mercadier sont superposables aux nôtres. En somme, bien que le chimisme gastrique n'ait été étudié que dans 7 cas sur 47, on voit que l'hypochlorhydrie se rencontre plus fréquemment que l'hyperchlorhydrie, ce qui enlève à l'étude du chimisme gastrique toute valeur pour préciser le diagnostic d'ulcère et distinguer l'ulcère du cancer.

Signes radiologiques.

Nous ne voulons pas décrire ici les signes radiologiques de l'ulcère tardif : niche non encastrée (dans 1 cas où elle était encastrée, nous avons justement porté à tort le diagnostic de

cancer ulcériforme) à contours réguliers, qui disparaîtra sous l'effet du traitement médical en même temps que les signes cliniques de la poussée ulcéreuse. Ils ne sont pas spéciaux à cette forme.

Nous avons remarqué cependant que ces ulcères étaient souvent volumineux, et l'on peut compter parmi eux quelques formes géantes. En effet, nous avons observé une niche ulcéreuse mesurant 40 mm. de diamètre sur 18 mm. de profondeur (obs. I), et dans l'observation IV la niche mesurait 60 mm. sur 30 mm. Or, ces niches atteignent de telles dimensions en peu de temps et régressent assez vite, jusqu'à disparaître complètement sous l'effet du traitement. Puis une autre niche semblable peut se former en un autre point de la muqueuse gastrique ou duodénale, comme s'il existait une prédisposition générale de cette muqueuse à se creuser d'ulcères géants. C'est l'impression que nous donne notamment l'observation IV, et cette forme géante d'emblée semble assez spéciale au vieillard. Elle a fait l'objet de diverses études qui permettent de la distinguer sans trop de peine de la niche cancéreuse.

Il faut noter que la localisation de ces ulcères sur le versant postérieur de la petite courbure est fréquente. Nous avons relevé 7 fois une telle localisation.

Nous avons été frappé, en outre, par l'absence habituelle d'hyperkinésie gastrique, par la rareté de l'encoche de la grande courbure en regard de la niche ulcéreuse et par l'aspect habituellement hypotonique de l'estomac, contrastant avec l'hypertonie si fréquente chez les ulcéreux plus jeunes. On retrouve en effet, dans l'estomac ulcéreux du vieillard, la forme propre à tous les estomacs des gens âgés, avec basfond évasé, nettement en dessous de la ligne des crêtes iliaques, plus par tassement vertébral raccourcissant l'abdomen que par allongement vertical de l'estomac.

ETIOLOGIE

M. le Professeur agrégé Dubarry distingue, dans la thèse de Moreau, deux catégories d'ulcères. Pour lui, il existe une maladie ulcéreuse qui évolue en maladie autonome sans antécédents, ni affections associées paraissant en rapport avec elle. Elle s'oppose à l'ulcère-syndrome en rapport avec des causes variées, habituellement digestives.

Nous n'avons pas noté aussi fréquemment que chez les adultes la coexistence de hernies épigastriques ou ombilicales, ou d'un dolicho-côlon. Seuls, 3 de nos malades étaient éthyliques, 3 présentaient une insuffisance hépatique, 1 portait un diverticule duodénal et une hernie ombilicale; chez 2 de nos malades enfin, l'histoire ulcéreuse était secondaire à un vieux passé dyspeptique imprécis.

Mais 70 % des cas d'ulcères évoluaient d'une façon autonome. Il est vrai que pour MM. J. Dubarry et Moreau, l'ulcère-syndrome est beaucoup plus souvent duodénal que gastrique, et nous avons vu la rareté des ulcères duodénaux chez le vieillard par rapport aux ulcères gastriques.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

L'étude de nos 30 cas, suivie avec un recul variant de dix ans à six mois pour le plus récent, nous permet d'être relativement optimiste. Sur 30 malades, 2 ont été opérés : l'un parce que nous avions pensé à un cancer ulcériforme, l'autre à la suite d'une grosse hématémèse. Il est possible qu'un cas se soit terminé, après dix ans d'évolution, par une transformation néoplasique. Dans l'observation IV enfin, après guérison d'un ulcère géant de la petite courbure, survint un ulcère duodénal géant et silencieux qui se perfora, alors que la malade mourait d'asystolie.

Tous les autres cas ont été traités médicalement et ont bien réagi à ce traitement, qui a pu chaque fois décapiter la poussée ulcéreuse et le plus souvent briser le rythme des périodes. Il a même permis d'obtenir la sédation pendant plus de deux ans de douleurs chroniques remontant à six ans et le retour des troubles a cédé de nouveau rapidement à la reprise du traitement médical.

L'ulcère récent du vieillard nous paraît par conséquent moins grave que l'ulcère de l'adulte. Il ne saigne que rarement, ne se cancérise pas avec une particulière fréquence et répond de la façon la plus heureuse à la thérapeutique médicale. Ce dernier point est d'autant plus important qu'une gastrectomie après la soixantaine chez un sujet présentant de gros troubles de l'état général, avec toutes les tares viscérales que comporte la vieillesse, est loin d'être une intervention bénigne.

*
* *

Le traitement médical s'impose donc d'emblée chaque fois qu'on peut penser être en présence d'un ulcère simple.

Les traitements *per os*, tels que les alcalins, les antispasmodiques, le bismuth et ses succédanés : le kaolin ou l'oxyde de titane, actuellement seuls utilisés, ont soulagé de façon notable les malades. Leur importance tient surtout à la rapidité de leurs effets sur la douleur. Ce ne sont néanmoins que des traitements accessoires.

En ce qui concerne le régime, nous suivons les indications de Gutmann, actuellement classiques sur ce chapitre : régime assez large, aussi substantiel que possible chez ces malades qui maigrissent rapidement, auquel on adjoint du lait, dans la mesure où il est possible au malade de s'en procurer.

A côté du traitement *per os* et du régime, un traitement parentéral est institué pour nos ulcéreux.

Le chlorhydrate d'histamine (au 1/10 ou au 1/20 de milligramme) en injections sous-cutanées ou intradermiques, *loco dolenti*, a donné des résultats très appréciables pour décapiter la poussée ulcéreuse, très rapidement quelquefois, ou modifier l'évolution générale de la maladie.

Toutefois, en présence d'ulcère calleux ou de niches géantes, l'histamine s'est avérée peu efficace. M. le Professeur agrégé Dubarry a utilisé dans 5 de ces cas la « Ferriscorbone sodique », traitement dont il est l'auteur dans les ulcères calleux[1], et dont l'emploi et les effets ont été spécialement étudiés par lui dans la thèse de Mlle Menier (Bordeaux, 1944). Les résultats obtenus dans ces 5 cas restés rebelles aux thérapeutiques ordinaires sont très intéressants puisqu'ils réalisent une disparition complète de la niche dans 4 cas ou une diminution importante dans 1 cas, avec chaque fois une transformation remarquable de l'état clinique.

L'amélioration n'est pas évidemment définitive, mais il

(1) J. Dubarry, Communication à la Société de gastro-entérologie, 3 juill. 1943.

nous paraît certain qu'en général l'ulcère tardif réagit très bien au traitement, et d'une façon durable.

Nous ne prétendons pas qu'il s'agisse là des 2 seuls traitements médicaux parentéraux à employer dans les ulcères. Nous ne citons que ceux auxquels nous avons eu recours et dont nous nous sommes contenté, parce qu'ils ont toujours amélioré nos malades, et leur ont permis d'éviter jusqu'ici l'intervention.

En insistant sur le traitement médical de l'ulcère tardif, nous ne voulons pas prétendre non plus que le traitement chirurgical ne doive pas être envisagé. Nous pensons seulement qu'il y a souvent intérêt à attendre avant d'intervenir, du moins si la bénignité de la lésion est certaine cliniquement et radiologiquement. Si le diagnostic est hésitant, tout particulièrement pour les ulcères siégeant sur la portion horizontale de la petite courbure et surtout à proximité du pylore, il faut craindre la malignité et ne pas tarder à opérer; l'indication est formelle. De même il faudra intervenir si la douleur reste rebelle aux traitements classiques ou à la Ferriscorbone sodique dans les cas d'ulcères calleux géants.

CONCLUSIONS

I. — Depuis le début de la guerre, tous les auteurs reconnaissent l'accroissement du nombre des ulcères gastro-duodénaux. L'ulcère apparaissant tardivement après la soixantaine est lui-même devenu beaucoup plus fréquent. Alors qu'un travail paru en 1936 ne faisait état que de 17 cas certains dans toute la littérature médicale française, depuis la guerre ces ulcères paraissent être devenus d'une constatation courante. Ils représentent 3,3 p. 100 du nombre total des ulcères, mais, si l'on tient compte de la proportion bien moindre des vieillards par rapport aux adultes, c'est actuellement une maladie assez fréquente de la vieillesse.

II. — Le tableau clinique n'est pas sensiblement différent de celui de l'adulte, en dehors d'un amaigrissement considérable dans les trois quarts des cas.

III. — La radiologie montre qu'il s'agit presque toujours d'un ulcère gastrique de la portion verticale de la petite courbure, assez souvent sur son versant postérieur. Il s'agit volontiers de très gros ulcères dont la niche se développe rapidement et diminue ou disparaît après chaque poussée ulcéreuse.

IV. — Les caractères cliniques, en dehors de l'atteinte rapide de l'état général — l'aspect radiologique et en particulier le siège de la niche — l'efficacité du traitement antiulcéreux pour décapiter les poussées et faire régresser la niche — permettent de distinguer, le plus souvent sans trop de difficultés, ces ulcères tardifs des cancers gastriques diagnostiqués au même âge. La fréquence de ces deux affections est la même dans nos statistiques personnelles.

V. — Ces ulcères jeunes du vieillard se compliquent rarement d'hémorragies graves, de perforation, de cancérisation. Ils réagissent bien aux traitements médicaux, qui permettent non de guérir l'ulcère mais d'éviter presque toujours une gastrectomie, habituellement de pronostic sérieux après la soixantaine.

En comparaison de l'ulcère de l'adulte, le pronostic de cet ulcère tardif nous paraît donc plus favorable.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
DUPÉRIÉ.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 31 janvier 1945.
Le Recteur de l'Académie.
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Berassy. — Sur l'augmentation actuelle de la fréquence des ulcères gastro-duodénaux. Soc. méd. des hôp. de Lyon, 9 nov. 1943; *Presse médicale*, n° 32, 1943.

Bergeret, Hillemand et Chérigie. — Cancer ulcériforme de la face postérieure de l'estomac. Diminution de la niche sous l'influence du traitement. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 5 juill. 1943.

Bronstein. — Réflexions sur la clinique de 100 cas d'ulcus gastro-duodénaux. Thèse Paris, 1934.

Cade et Brette. — Ulcères calleux de l'estomac chez le vieillard, gastrorragies mortelles. *Lyon médical*, CXXIX, n° 5, 25 mars 1920, p. 265.

Cain (A.) et Facquet. — L'ulcère de l'estomac et du duodénum chez le vieillard. *Prat. méd. franç.*, n° 1, 20 janv. 1934, p. 13.

Cocaign (Y.). — De l'ulcère de l'estomac chez le vieillard. In-8°, Montpellier, 1911.

Conte (H.). — Contribution à l'étude du traitement des cancers digestifs par la Ferriscorbone sodique. Thèse Bordeaux, 1942.

Dubarry. — Essai de traitement des ulcères calleux par la Ferriscorbone sodique. Soc. de gastro-entérologie de Paris, 5 juill. 1943; *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. 32, n°s 11-12, nov.-déc. 1943.

Dubois (P.). — Contribution à l'étude de l'ulcère calleux de l'estomac chez les gens âgés et de ses formes hémorragiques. Thèse Lyon, 1919-1920, n° 339, in-8°.

Dumont (A.). — Frontières de l'examen radiographique des ulcères gastriques et des ulcères duodénaux. *Scalpel*, n° 25, 24 juin 1933.

Gutmann (R.-A.). — Critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux. *Presse médicale*, 21 oct. 1931.

— Le problème de l'ulcéro-cancer dans la pratique. *Le Monde médical*, 15 févr. 1935, p. 95.

— L'ulcère géant de la petite courbure. *Bull. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris*, 20 janv. 1939.

— Les niches de la petite courbure. *Médecine ou Chirurgie ?* 1939.

— Syndromes douloureux de la région épigastrique. 2 vol., Doin, Paris, 1934, et 2 vol. Doin, Paris, 1940, 3e éd.

Gutmann (R.-A.) et Petkowitch. — Déformations antrales dans l'ulcère de la petite courbure. *Le Documentaire médical*, févr. 1938.

Hillemand et Garcia-Calderon. — Caractères radiologiques de l'ulcère de la petite courbure gastrique. *Annales médico-chirurgicales*, 15 janv. 1937, t. II, n° 1.

Hillemand, Moutier, Nemours. — Ulcères de l'estomac invisibles à la radiographie, visibles à la gastroscopie. Soc. gastr.-ent. de Paris (3 juill. 1943). *Arch. mal. app. dig. et nutr.*, t. 32, nos 9-10, sept.-oct. 1943.
3 juill. 1943.

Jacquelin (Ch.). — Intolérance gastrique sans sténose du pylore et sténoses du pylore sans vomissements. *Gaz. méd. de France*, n° 5, 13 mars 1930.

Jacquelin (Ch.) et Chêne. — Difficulté et incertitude du diagnostic d'ulcère duodénal. *Presse médicale*, 15 mars 1933.

Lambling, Brossy et Bergeret. — Augmentation de la fréquence des ulcères gastro-duodénaux depuis la guerre. Académie de chirurgie; *Presse médicale*, 25 nov. 1942, n° 53, p. 750.

Lœper. — Leçons de pathologie digestive. Masson, 1925.

Matthieu (A.). — L'ulcus chez les gens âgés. *Gaz. des hôp.*, 19 févr. 1914, p. 325.

Ménier (Mlle). — Traitement de 24 cas d'ulcères gastro-duodénaux rebelles par la Ferriscorbone sodique. Thèse Bordeaux, 1944.

Mercadier (G.). — Contribution à l'étude de l'ulcère gastro-duodénal chez les gens âgés; l'ulcère jeune chez les vieux. Thèse Paris, 1936.

Moreau. — Réflexions sur les ulcères duodénaux, à propos de l'étude des antécédents et des affections associés dans 180 cas. Thèse Bordeaux, 1942.

Nguyen-Dinh-Hoang. — A propos d'un cas d'ulcère gastrique tardif. *Arch. des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutr.*, t. 28, n° 10, déc. 1938, p. 1078.

Norris. — Ulcère gastrique perforé, guérison chez un homme de 81 ans. *The Lancet*, 15 févr. 1936, p. 362.

— Contribution à l'étude de l'ulcère de Cruveilhier, son évolution chez les gens âgés. Thèse Paris, 1907.

Pathault. — L'ulcère de l'estomac chez le vieillard. *Gaz. méd. du Centre de Tours*, 1912, XVII, p. 175.

Ramond (F.). — Les maladies de l'estomac et du duodénum. Masson, 1940.

Ramond (F.) et Jacquelin. — Radiologie de l'estomac et du duodénum. Maloine, 1930.

Rispal et Timbal. — L'ulcère de l'estomac tardif. *Toulouse médical*, 10 août 1913, p. 229.

Rumeau. — Ulcères duodénaux et bulbites pseudo-ulcéreuses dans la deuxième enfance. Thèse Bordeaux, 1944.

Savy (P.). — Considérations pratiques sur le diagnostic de l'ulcère de l'estomac. *Le Journal médical de Lyon*, n° 35, 20 juin 1921.

Sandell. — Ulcère gastrique perforé chez les malades âgés. *The Brit. Med. Journ.*, 1er févr. 1936, p. 213.

Sielinger. — Ulcère marginal tardif. *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, V, 113, n° 3, 15 juill. 1939, p. 207.

VACHON. — Fréquence actuelle des ulcères géants cancériformes de la petite courbure. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 9 nov. 1943. *Presse médicale*, 1944, n° 6, p. 90.

VANIER (J.). — Le cancer de l'estomac chez les malades opérés d'ulcères gastriques par gastro-entérostomie ou résection limitée. Thèse Paris, 1923.

Bordeaux, n° 495. — Dépôt légal effectué en 1945 (1er trimestre).

23178. — Imprimeries Delmas, Bordeaux. 31.0192. — 1945.